



Addiction e salute mentale nella popolazione dai 16 ai 25 anni

Dott.ssa Lucia Laratta
Responsabile SITR DSMD – ASST Spedali Civili Brescia
Brescia 17/12/2019



Gestione del paziente con doppia diagnosi



aspetti clinici assistenziali



aspetti ambientali



interventi non farmacologici



trattamento farmacologico

UNA DEFINIZIONE OPERATIVA DELL'AGITAZIONE

Segni distintivi

- ✓ irrequietezza motoria,
- ✓ ipereattività agli stimoli e irritabilità,
- ✓ attività verbale/motoria inappropriata o afinalistica,
- ✓ insonnia,
- ✓ fluttuazione dei sintomi nel tempo.

[Lindenmayer JP. Pathophysiology of agitation, J Clin Psychiatry; (61) 5-10]

DIMENSIONE TRANSNOSOGRAFICA

“Agitation is a non specific constellation of relatively unrelated behaviors that can be seen in a number of different clinical conditions, usually presenting a fluctuating course”
(Lindenmayer, 2000)



- Irrequietezza motoria
- Iper-responsività agli stimoli
- Irritabilità
- Attività motoria e verbale inappropriata e/o non finalizzata
- Riduzione del sonno
- Rapida fluttuazione dei sintomi

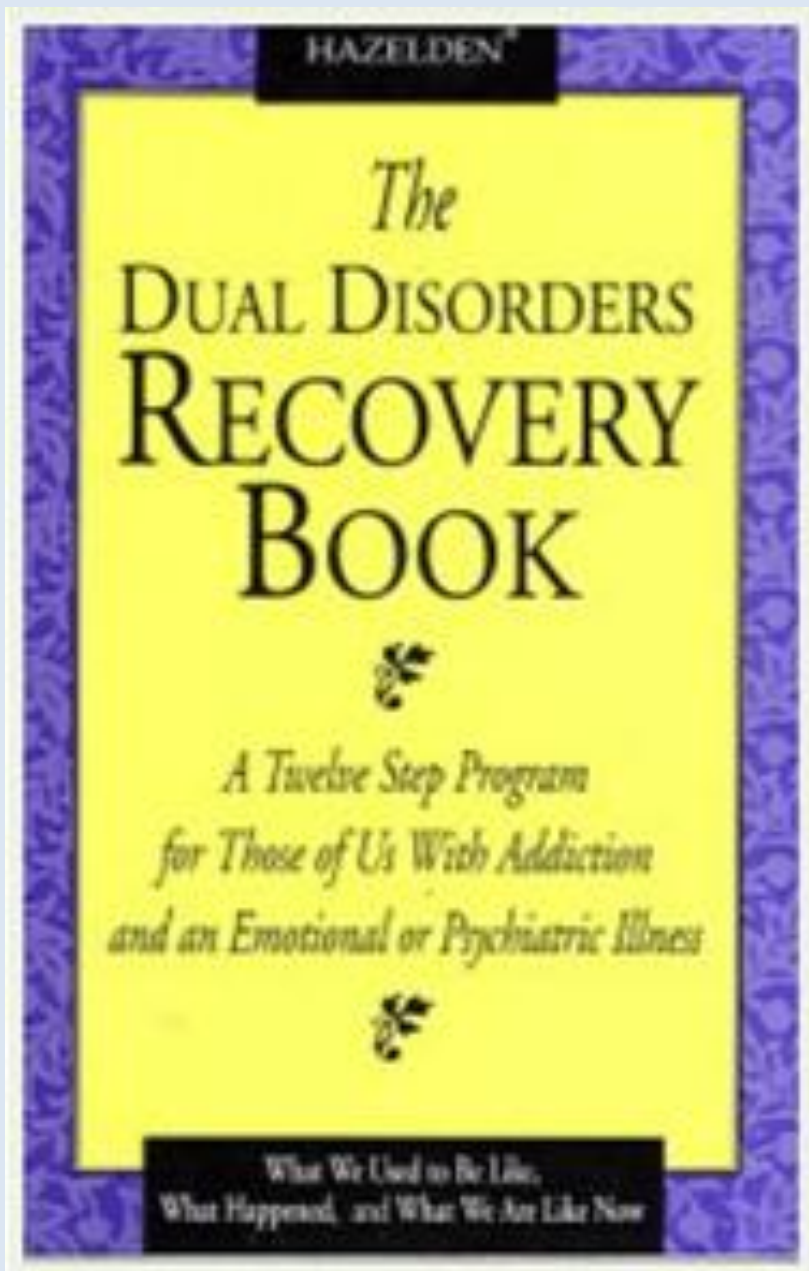
AGITAZIONE PSICOMOTORIA IN PSICHIATRIA CON:

Alterata percezione della realtà; possibili condotte aggressive:

- ❖ Su base psicotica
 - Disturbi psicotici
 - Disturbi psicotici organici, compreso quelle indotte da sostanze
- ❖ Su base affettiva
 - Episodi maniacali
 - Stato misto
 - Depressione agitata

Conservazione dell'esame di realtà:

- ❖ Senza condotta aggressiva
 - Attacchi di panico
 - Stato d'ansia
 - Reazione acute da stress
- ❖ Con condotta aggressiva
 - Disturbo oppositivo provocatorio
 - Disturbo Esplosivo Intermittente
 - Disturbo della condotta



- La comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze viene comunemente indicata come **“Doppia Diagnosi” (1992, First e Gladis) :**
 - Pazienti con disturbo psichiatrico primario ed abuso/dipendenza secondari;
 - Pazienti con disturbo d abuso/dipendenza primario e disturbi psichiatrici secondari;
 - Pazienti con disturbi psichiatrici e disturbi da abuso/dipendenza entrambi primari.

SONO CAMBIATI, E COME, I PAZIENTI DEI NOSTRI SERVIZI?

- ✓ L'ambito della **psicosi**, tradizionalmente nocciolo duro della psichiatria, appare **contaminata da disturbi di personalità e dalla dipendenza** che ne hanno modificato gli aspetti clinici.
- ✓ Sempre più rari gli episodi psicotici “puliti”.
- ✓ Sempre più l'esordio psicotico si impasta con gli **effetti di sostanze e con aspetti di personalità che “lavorano”** congiuntamente alla produzione di psicosi.

DOPPIA DIAGNOSI: MODELLI ESPLICATIVI

- ✓ Abuso di sostanze come **autoterapia**;
- ✓ Abuso di sostanze come **causa dei disturbi psichiatrici**;
- ✓ Abuso di sostanze e disturbi psichici legati specificamente da fattori **confondenti comuni** (marginalizzazione sociale);
- ✓ Abuso di sostanze e disturbi psichici come aventi **cause eziologiche e genetiche comuni**;
- ✓ Abuso di sostanze e disturbi psichici come **entità cliniche separate** che quando compresenti producono quadri clinici nuovi e che si influenzano reciprocamente.

ABUSO/DIPENDENZA DA SOSTANZE E DISTURBI PSICHIATRICI

Relazione fra psicosi e cannabis:

- ✓ Ipotesi dell'automedicazione
- ✓ Ipotesi dell'interazione
- ✓ Fattori eziologici comuni

ABUSO/DIPENDENZA DA SOSTANZE E DISTURBI PSICHIATRICI

Relazione fra disturbi affettivi e uso di sostanze:

- ✓ La comorbidità tra Disturbo Bipolare e disturbi da abuso di sostanze è associata ad un decorso più severo del DB, e ad un più elevato rischio di suicidio o di problemi comportamentali.
- ✓ La frequenza dell'associazione tra i due disturbi suggerisce una eziologia comune e diversi autori hanno puntato l'attenzione **sulla impulsività**.

ABUSO/DIPENDENZA DA SOSTANZE E DISTURBI PSICHIATRICI

I tratti di personalità:
(quando sono **rigidi, non adattivi**)



DISTURBO DI PERSONALITÀ

... modalità costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali.

ABUSO/DIPENDENZA DA SOSTANZE E DISTURBI PSICHIATRICI

Il ruolo dell'impulsività

- ✓ Zanarini (1993) ha proposto una classificazione del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) nello spettro dei disturbi del controllo degli impulsi, caratterizzati da un aspetto comportamentale essenziale: quello della tendenza all' *acting-out*;
- ✓ Lo studio di Links (*Links et al, 1999*) in cui 130 pazienti con diagnosi di DBP venivano seguiti per un *follow-up* di sette anni, ha mostrato che l'impulsività è fattore stabile nel tempo e predittivo della persistenza a lungo termine del disturbo.

IL RUOLO DELL'IMPULSIVITA'

L'impulsività è la dimensione con specifico correlato biologico che spiega la frequente associazione tra:

- ✓ disturbi del controllo degli impulsi propriamente detti,
- ✓ condotte aggressive auto-etero dirette,
- ✓ abuso d'alcol e sostanze,
- ✓ disturbi dell'umore,
- ✓ disturbi del comportamento alimentare (DCA).

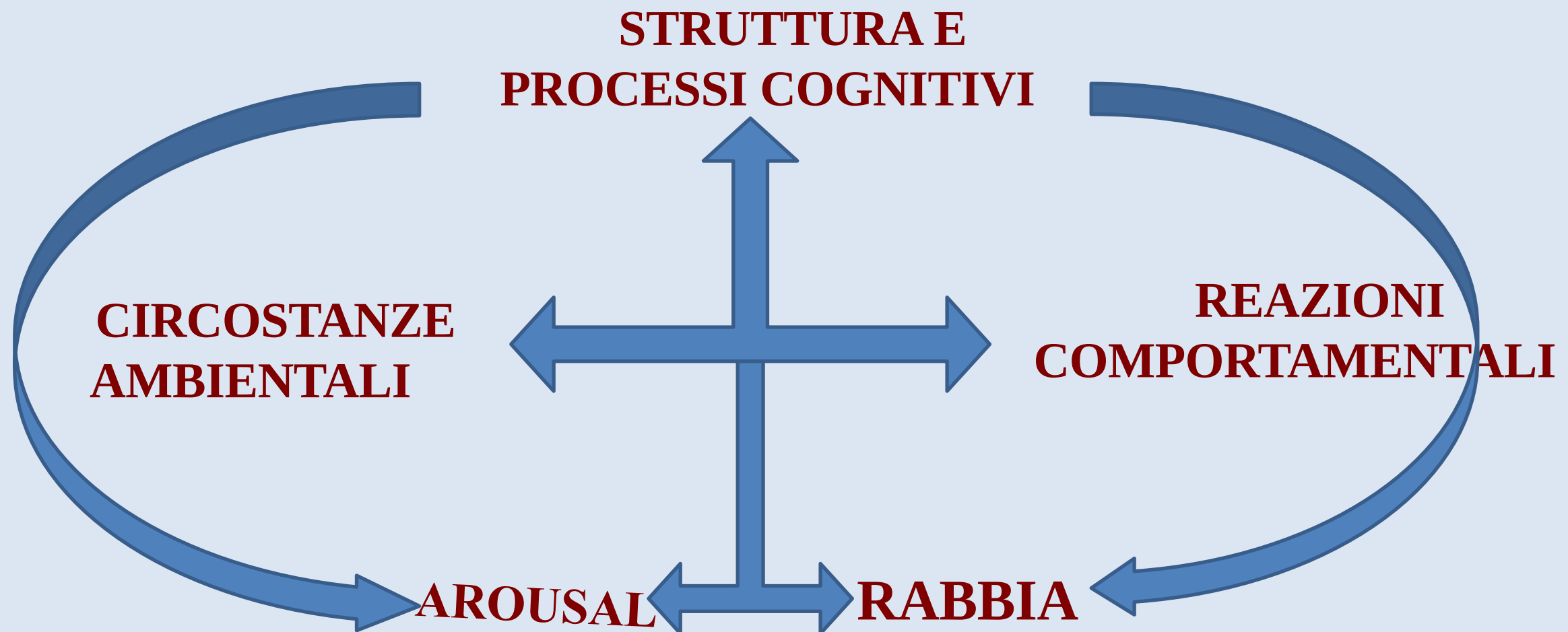
IL RUOLO DELL'IMPULSIVITA'

- ✓ Alcuni studi hanno mostrato che individui che soffrono di DBP e abuso di sostanze mostrano più elevati livelli di impulsività rispetto a ciascun disturbo separatamente. (*Links et al., 1995; Trull et al, 2004*).
- ✓ In particolare studi che hanno confrontato pazienti con abuso di sostanze con o senza comorbidità con BPD hanno mostrato che quelli con comorbidità erano a rischio più elevato di comportamenti impulsivi ed autoaggressivi.

Disturbi del Cluster B:

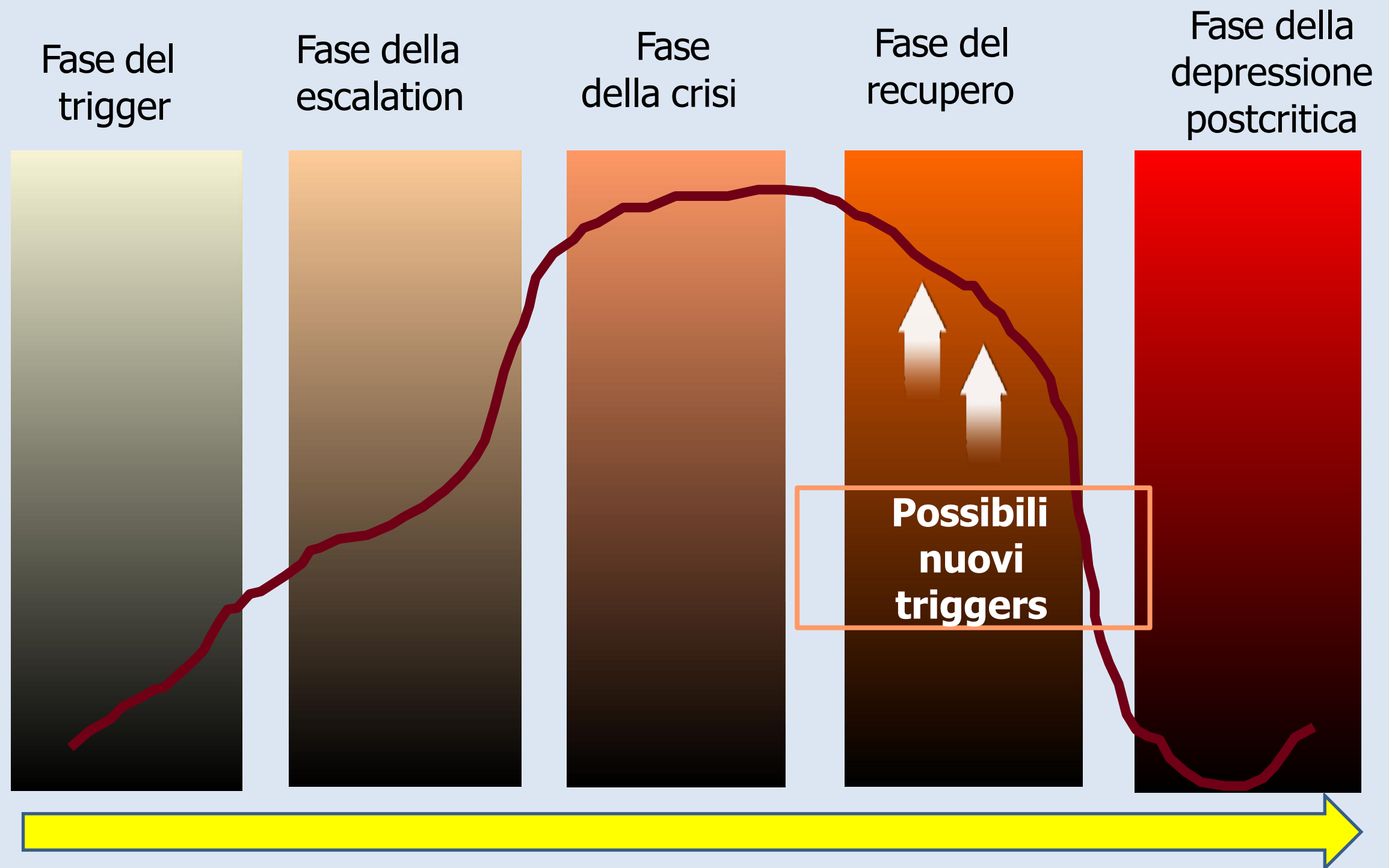
- Antisociale
- Borderline Istrionico
- Narcisistico

Hanno in comune un'ipertrofia della dimensione dell'IMPULSIVITA'



(Novaco, 1994)

CICLO DELL'AGGRESSIVITÀ



Comportamento di base (Maier, 1987)

Gestione del paziente con doppia diagnosi



aspetti clinici assistenziali



aspetti ambientali

interventi non farmacologici

trattamento farmacologico

Molti SPDC presentano gravi limitazioni logistico/strutturali
60% e sono ubicati nel corpo principale di un ospedale

- **Più del 40% non ha camere singole**
- **Circa 30% non ha spazi all'aperto**
- **Circa 40% non ha spazi comuni**
- **Circa 50% usa letti sovranumerari**



maggior rischio di burn-out



Maggior rischio di aggressività



maggiori responsabilità medico-legali

[Dati "Progres-Acuti" 2004-2007]



FATTORI AMBIENTALI

- ✓ Le caratteristiche architettoniche e strutturali giocano un ruolo fondamentale nella sicurezza di personale e pazienti.
- ✓ Il trattamento in urgenza è migliore in un ambiente di cura dove si massimizzano le funzioni di protezione, sicurezza e terapia.
- ✓ Miglioramenti ambientali sono associati a cambiamenti positivi nel comportamento dei pazienti con comportamento aggressivi

RACCOMANDAZIONI AMBIENTALI PER L'EMERGENZA IN PRONTO SOCCORSO/REPARTO

- ✓ Almeno 1 stanza per valutazione psichiatrica.
- ✓ La stanza è vicina/parte del PS.
- ✓ Può ospitare comodamente 6 persone sedute.
- ✓ È dotata di allarme, una apertura verso l'esterno, finestre per osservazione, buona ventilazione , colori, temperatura, suoni non eccessivi.
- ✓ Non contiene potenziali armi.
- ✓ Mobili rimovibili rapidamente.
- ✓ Possibilità di doppia uscita.

Gestione del paziente con doppia diagnosi



aspetti clinici assistenziali



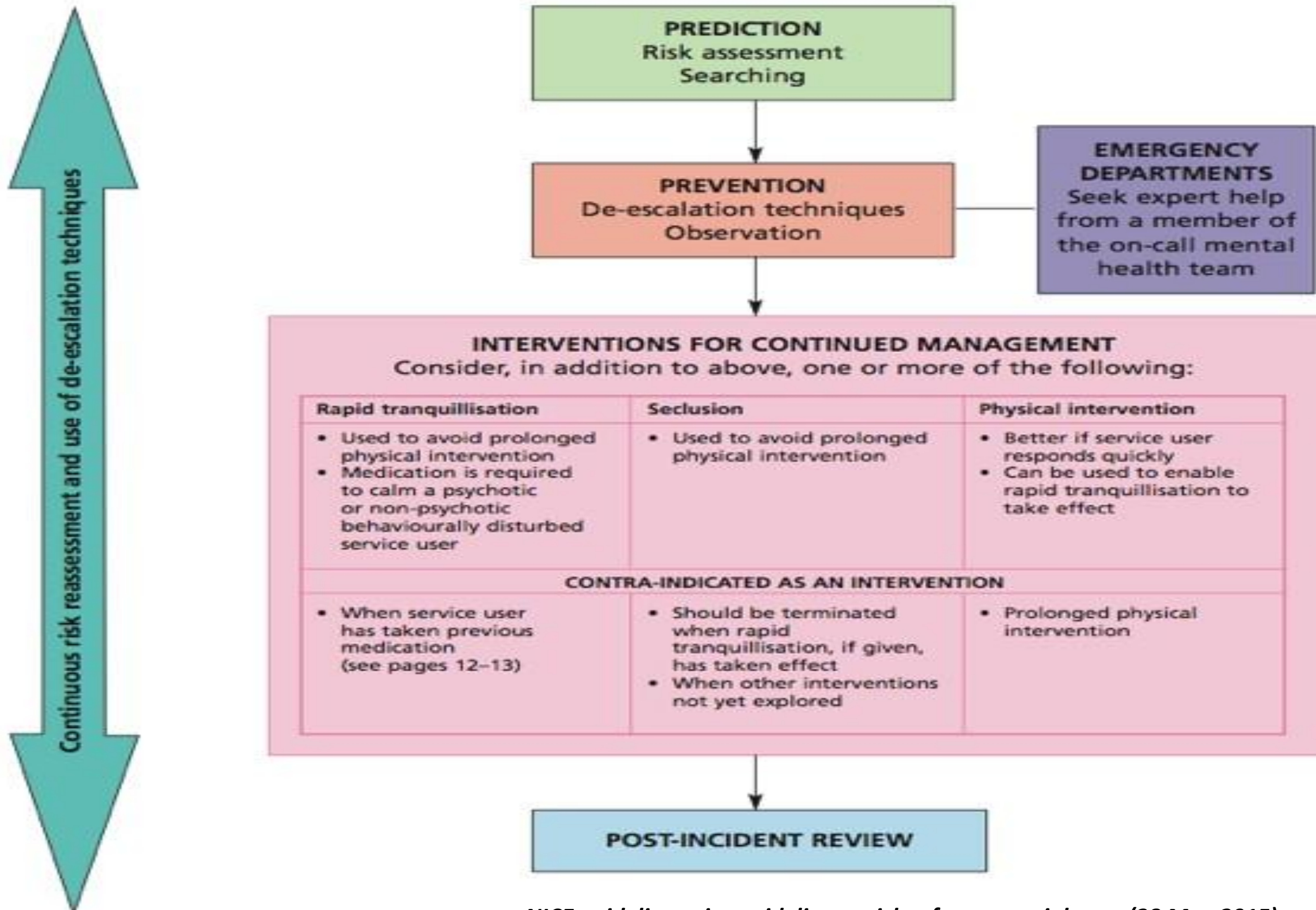
aspetti ambientali



interventi non farmacologici

trattamento farmacologico

Overview algorithm for the short-term management of disturbed/violent behaviour



RISK ASSESSMENT

- ✓ Una valutazione completa del rischio dovrebbe essere effettuata all'ingresso del paziente in reparto
- ✓ Fattori predittivi comprendono dati demografici e giudizio clinico
- ✓ I soli fattori demografici e anamnestici non hanno sufficiente capacità predittiva

VIOLENCE RISK ASSESSMENT

Fattori di rischio	Descrizione
demografici	maschi, età giovane (15-24 aa), povertà, bassa scolarità, disoccupazione, minoranze, assenza supporto sociale
storia precedente	vittimizzazione precoce, storia di violenza , uso di sostanze, esordio precoce, scadenti modello parentali
diagnosi	sindrome organica cerebrale, disturbi personalità, psicosi, comorbidità uso sostanze
aspetti clinici	voci allucinatorie, idee persecutorie, sospettosità, scarso controllo impulsi, scarso insight, scarsa aderenza al trattamento, basso QI, basso funzionamento psicosociale
aspetti psicologici	scarsa tolleranza frustrazioni, criticismo, bassa autostima, esternalizzazione, paura, irritabilità, problematici motivazioni a partecipare al processo di trattamento

LE SCALE DI VALUTAZIONE PER L'AGITAZIONE/AGGRESSIVITA'

- ✓ **OAS o Overt Aggression Scale [Yudofsky 1986]**
- ✓ **Staff Observation Aggression Scale (SOAS) [Palmstiema&Wistedt 1987]**
- ✓ **MOAS o Modified Overt Aggression Scale [Kay 1988]**
- ✓ **ABS Agitated Behavior Scale [Corrigan 1989]**
- ✓ **Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) [Cohen-Mansfield 1989]**
- ✓ **BARS o Behaviour Activity Rating Scale [Swift 1998]**
- ✓ **ACES o Agitation Calmness Evaluation Scale [Meehan 2001]**
- ✓ **PANSS-EC o PANSS Excited Component Score [Kay 1987, Lindenmayer 2004]**
- ✓ **Clinical Global Impression Scale for Aggression (CGI-A) [Huber 2008]**
- ✓ **Brief Agitation Measure (BAM) [Ribeiro 2011]**
- ✓ **Agitation Severity Scale (ASS) [Strout 2014]**
- ✓ **Check lists: BVC [Linaker&Bush-Iversen 1995]; HCR-20 [Webster 1997]; VSC [McNiel&Binder 1994]**

OVERT AGGRESSION SCALE [OAS]

AGGRESSIVITA'
VERBALE

AGGRESSIVITA'
FISICA AUTODIRETTA

AGGRESSIVITA' FISICA
CONTRO OGGETTI

AGGRESSIVITA' FISICA
CONTRO PERSONE

PUNTEGGIO DA 0 A 4

[Yudofsky 1986]

OVERT AGGRESSION SCALE (OAS)

Aiutandosi con gli esempi di seguito riportati, barrare la tipologia di aggressione (anche più di una), riportarne il punteggio nella tabella di calcolo ed effettuare la somma

AGGRESSIVITÀ VERBALE <i>Ostilità verbale, come frasi o male parole che mirano a infliggere danno psicologico a un'altra persona tramite svalutazione/umiliazione, e minacce di attacco fisico.</i>	AGGRESSIVITÀ FISICA AUTODIRETTA <i>Danno fisico contro se stesso, come per esempio automutilazioni o tentativi di suicidio.</i>
0) Nessuna aggressione verbale. 1) Fa grandi schiamazzi, grida in modo irato. 2) Grida insulti personali lievi (per esempio: "Sei stupido!"). 3) Impreca in maniera rabbiosa, nella rabbia usa un linguaggio osceno, fa minacce non particolarmente serie verso gli altri o se stesso. 4) Fa serie minacce di violenza verso gli altri ("Ti uccido!") o chiede di essere aiutato a controllarsi.	0) Nessuna aggressività fisica autodiretta. 1) Si gratta o si graffia, si picchia, si strappa i capelli, (senza o solo con minime lesioni). 2) Sbatte la testa, colpisce gli oggetti con i pugni, si butta per terra o contro gli oggetti (si ferisce senza gravi danni). 3) Piccoli tagli o ammaccature, lievi bruciature. 4) Si provoca mutilazioni, si fa tagli profondi, si morde a sangue, si provoca danni interni, fratture, perdita di coscienza, perdita di denti.
AGGRESSIVITÀ FISICA CONTRO GLI OGGETTI <i>Distruzione gratuita e sconsiderata di oggetti della struttura o beni di altre persone.</i>	AGGRESSIVITÀ FISICA CONTRO LE ALTRE PERSONE <i>Azioni violente con lo scopo di provocare dolore, danno fisico o morte a un'altra persona.</i>
0) Nessuna aggressività fisica contro gli oggetti. 1) Sbatte la porta, butta all'aria i vestiti, crea disordine. 2) Getta a terra gli oggetti, prende a calci i mobili senza romperli, sporca il muro. 3) Rompe gli oggetti, manda in frantumi le finestre. 4) Appicca il fuoco, scaglia oggetti in modo pericoloso.	0) Nessuna aggressività fisica contro le altre persone. 1) Fa gesti minacciosi, agita i pugni verso gli altri, agguanta gli altri per i vestiti. 2) Percuote, tira calci, spintona, tira i capelli (senza fare danni). 3) Aggredisce gli altri provocando loro danni fisici moderato/lievi (ammaccature, distorsioni, lividi). 4) Aggredisce gli altri causando loro gravi danni fisici (fratture, ferite profonde, lesioni interne).

Data: ____/____/____

Firma di chi rileva

Firma del Direttore/Responsabile/Coordinatore

Modified Overt Aggression Scale (MOAS)

PRESIDIO DI.....
 STRUTTURA:.....
 LUOGO:.....
 COGNOME E NOME DELL'OPERATORE.....

DATA RILEVAZIONE: ____/____/____

GIORNO Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom

ORARIO

DURATA DELL'EPISODIO.....

BREVE DESCRIZIONE DELL'AGGRESSIONE: (descrivere la dinamica dell'evento, specificare danni causati a cose o a persone, il tipo di danno e ove possibile indicare la prognosi)

ALTRI OPERATORI PRESENTI (PRECISARE RUOLO E NUMERO) E INTERVENTI ATTUATI

CONDIZIONI AMBIENTALI: o tranquillità o attività media o attività elevata

CONDIZIONI ORGANIZZATIVE: o standard o non congrue
 per.....

FATTORI SCATENANTI AGITO AGGRESSIVO: indica secondo te quali sono i fattori principali che hanno scatenato l'evento (anche più di uno):

A. Provocazione relazionale

B. Provocazione organizzativa

- | | |
|---|---|
| ☐ relazione fra utenti | ☐ limitazioni strutturali/organizzative che ostacolano l'accesso al servizio |
| ☐ relazione degli operatori | ☐ informazioni poco chiare |
| ☐ relazione con terze persone | ☐ mancato soddisfacimento delle aspettative |
| ☐ presenza di allucinazioni e/o deliri | ☐ percezione di mancato riconoscimento di un diritto |
| ☐ altro..... | ☐ altro..... |

PANSS-Excited Component

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE EXCITED COMPONENT

SCARSO CONTROLLO DEGLI IMPULSI

- ✓ **TENSIONE**
- ✓ **OSTILITA**
- ✓ **MANCANZA DI COOPERAZIONE**
- ✓ **ECCITAMENTO**
- ✓ **SCARSO CONTROLLO DEGLI IMPULSI**

PUNTEGGIO DA 1 A 7 SCORE 5/ 35

[Kay 1987, Lyndenmayer 2004]

Broset Violence Checklist (BVC)

Clarke DE, 2010

Broset Violence Checklist (BVC),

Si è dimostrata semplice e di veloce compilazione, ottimo strumento di supporto nell'attività infermieristica.

Creata in Norvegia da Almvik e collaboratori e successivamente validata e utilizzata in diversi contesti psichiatrici europei ha dimostrato un buon livello di predittività nei confronti di azioni violente, con valori di sensibilità compresi tra il 63% e il 65,6% e valori di specificità tra il 92% e il 99,7%.

La **BCV** è uno strumento per la previsione a **breve termine**, 24 ore, di comportamenti violenti da parte del paziente ricoverato.

**SCHEDA
INFERMIERISTICA
ACCERTAMENTO
DELL'AGGRESSIVITÀ**

Indicazioni relative alla compilazione BVC-Broset Violence Checklist

- Alterazione modello funzionale "Percezione della salute" *
- Alterazione modello funzionale "Tolleranza allo stress" *
- Alterazione modello funzionale "Ruolo e relazioni" *
- Altro (specificare):

* Vedi scheda accertamento/diario infermieristico

BROSET VIOLENCE CHECKLIST		
1) CONFUSIONE	☐ SÌ	☐ NO
2) IRRITABILITÀ	☐ SÌ	☐ NO
3) CHIASSOSITÀ	☐ SÌ	☐ NO
4) MINACCE VERBALI	☐ SÌ	☐ NO
5) MINACCE FISICHE	☐ SÌ	☐ NO
6) LANCIO OGGETTI	☐ SÌ	☐ NO
NUMERO DI ITEM POSITIVI (da 0 A 6)		

PUNTEGGIO	RISCHIO	LEGENDA
SOMMA = 0	LIEVE	Ridotto rischio di violenza
SOMMA = 1-2	MODERATO	Attuare misure preventive
SOMMA > 2	SEVERO	Strategie per la gestione dell'aggressività

Data: _____ **Ora:** _____ **Firma e badge infermiere:** _____

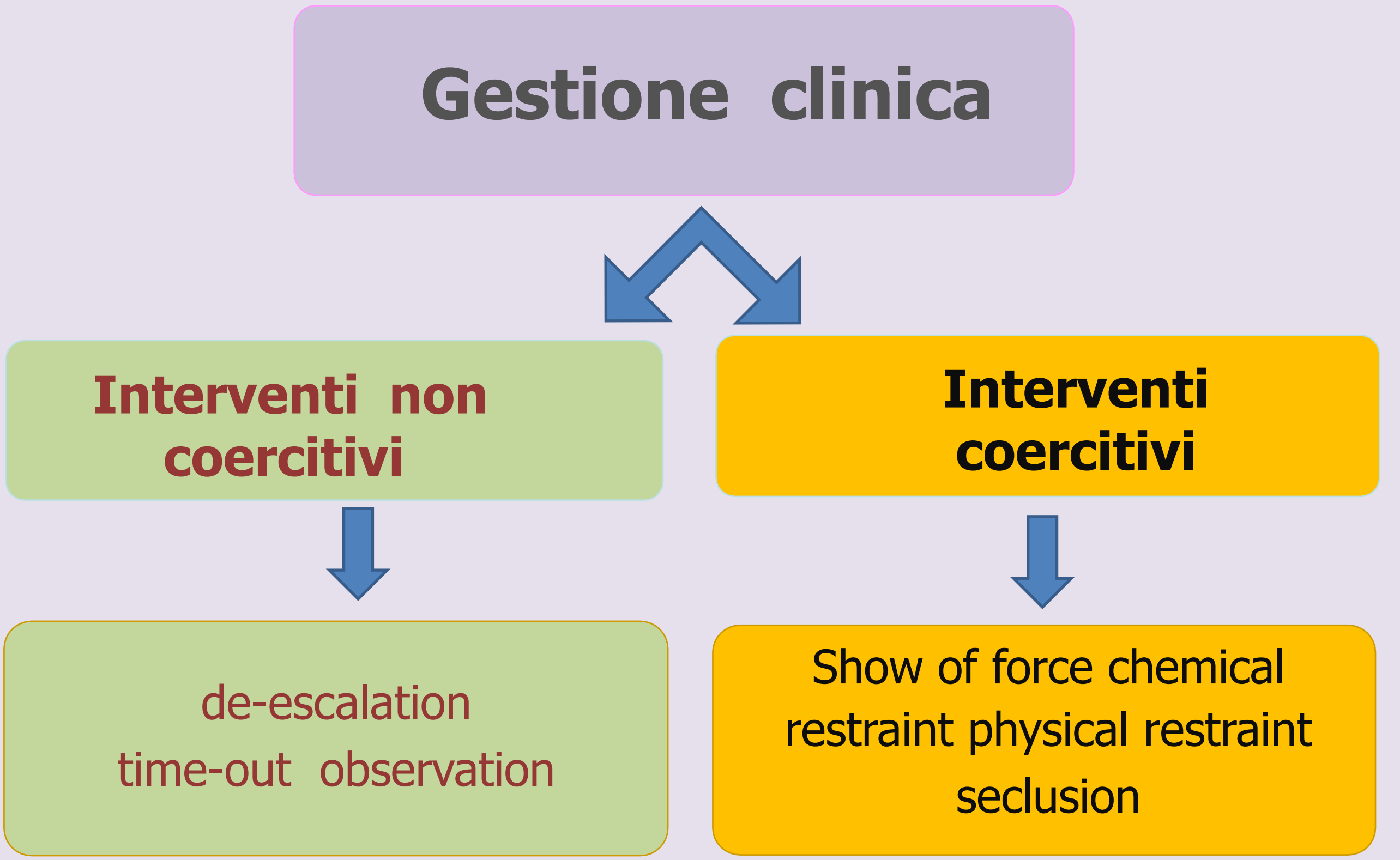
[illegible]

Broset Violence Checklist (BVC)

Clarke DE, 2010

- ✓ Ad ogni indicatore viene attribuito un punteggio: 0 (assente), 1 (presente) per un totale di 6 punti.
- ✓ Aumentando il punteggio aumenta il rischio di violenza fisica.
- ✓ In accordo con le conclusioni presentate dagli autori vengono considerati ad alto rischio di violenza nelle 24 ore successive tutti i pazienti che presentano un punteggio uguale o maggiore a 2.

Gestione clinica



```
graph TD; A[Gestione clinica] --> B[Interventi non coercitivi]; A --> C[Interventi coercitivi]; B --> D["de-escalation<br/>time-out observation"]; C --> E["Show of force<br/>chemical restraint<br/>physical restraint<br/>seclusion"]
```

Interventi non coercitivi

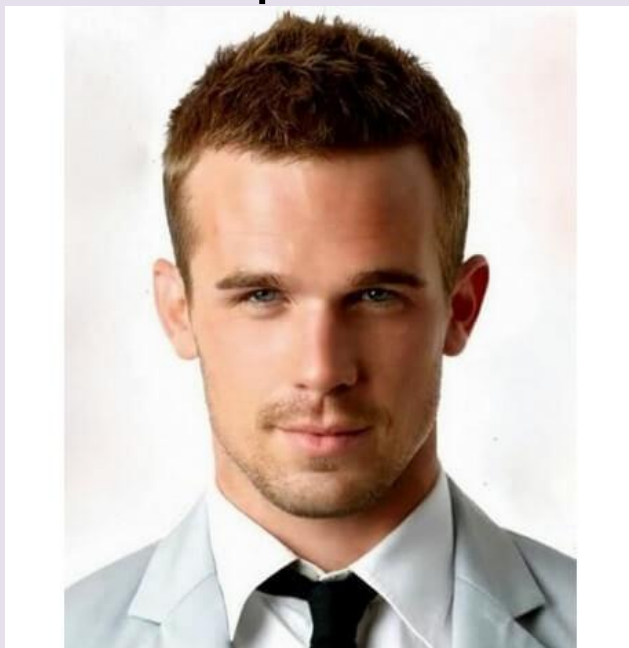
de-escalation
time-out observation

Interventi coercitivi

Show of force
chemical restraint
physical restraint
seclusion

[Davison, Advances in Psychiatric Treatment, 2005]

Come parlare al cervello durante la crisi.....



Dialogo, esame di realtà,
riformulazione di progetti, cure,
dimissioni



Tuning , comprensione e
allineamento con il paziente, lettura
dei nostri stati emotivi e degli altri



Holding, individuazione del pericolo,
valutazione dell'escalation o
decalation, confronto di forza e potere,
rispetto della territorialità e dei confini
del paziente

OSSERVAZIONE

- ✓ E` una procedura secondo la quale uno o due operatori vengono affiancati al paziente a rischio di violenza o di suicidio.
- ✓ E` un intervento fondamentale per il precoce riconoscimento e la prevenzione di situazioni di rischio.
- ✓ Facilita la formazione di una relazione terapeutica tra il paziente e gli operatori del reparto

[Davison, Advances in Psychiatric Treatment, 2005]

TIME-OUT

- ✓ E' una procedura per la quale il paziente viene temporaneamente separato dall'area del reparto nel quale si e' verificata la situazione che ha determinato il comportamento aggressivo o agitato.
- ✓ Il time out viene spesso associato alla de-escalation come parte di un programma terapeutico e non deve essere vissuto dal paziente in senso punitivo

URGENZE PSICHIATRICHE: ASSESSMENT

RISK ASSESSMENT

Processo teso ad identificare, valutare e monitorare il rischio in una logica orientata alla prevenzione dell'errore

Predizione a breve termine di comportamenti disturbanti/aggressivi

Prevenzione degli agiti e gestione efficace degli stessi

DIAGNOSI

- Disturbo da Uso di Sostanze (intossicazione ed astinenza)
- Patologie Psichiatriche:
 - Schizofrenia
 - Disturbi dell'Umore
 - Disturbi di Personalità (specie *Cluster B*)
 - Disturbi Ansia (specie Disturbo di Panico e Disturbo Post-traumatico da Stress)
- Condizioni Mediche Generali (Delirium, Demenze, Patologie Neurologiche → es. lesioni temporali, frontali o limbiche)

URGENZE PSICHIATRICHE: GESTIONE

1. SAFETY FIRST

DON'T BE A HERO!!!

2. **RISK PREDICTION** (individuare *escalation* comportamento aggressivo)
3. **PREVENTION** (prevenire *escalation* → tecniche di *de-escalation*)
4. INTERVENTI DI «**TALK DOWN**» per favorire relazione medico/infermiere-paziente
5. **RAPID TRANQUILIZATION** tempestiva → controllo comportamentale, sedazione non primaria (per recuperare relazione medico-paziente, ove possibile → migliore *compliance*, miglior funzionamento psico-sociale in toto)
6. **SECLUSION**
7. ESAME OBIETTIVO GENERALE (appena possibile)

S-T-A-Y-C-O-O-L (resta calmo)

- **S Stand**: Stare a distanza: 1-2 braccia di lunghezza. Posizionarsi di lato, piuttosto che faccia a faccia
- **T Talk**: Parlare con tono di voce uniforme, coinvolto; valutare tempestività e direttive delle risposte
- **A Ask**: Porre inizialmente domande semplici; evitare di essere provocatori; permettere al paziente di dire la sua, acconsentendo a dissentire
- **Y Yellow**: Non temere di passare per pauroso. Se si è spaventati uscire dalla stanza, allontanarsi e chiamare aiuto. Meglio essere imbarazzati che percossi
- **C Concise**: Non sprecare fiato con i pazienti agitati. Esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario
- **O Observational awareness**: Consapevolezza di ciò che si osserva. Vigilare sui segnali emotivi e comportamentali. Il paziente solitamente dà segni di violenza imminente come camminare su e giù, parlare da solo, essere bellicoso verso lo staff, essere offensivo e non seguire le indicazioni
- **O Options**: Offrire alternative di trattamento e speranza per il futuro del paziente.
Nell'immediatezza le opzioni possono essere limitate, ma dare un'alternativa tra farmaco IM o per os significa offrire un'opzione al paziente. Offrire del cibo, il linguaggio universale dell'accoglienza
- **L Look/Listen** Essere rispettosi. Mantenere il contatto visivo è importante, ma non fissare negli occhi un paziente potenzialmente aggressivo. Mantenere un'espressione neutrale. E' ovvio chi controlla la situazione clinica e non è necessario contestualizzarlo con un paziente che mette alla prova ciò. Scoprire cosa vuole realmente il paziente e quindi aiutarlo a determinare se è ragionevole o, in caso contrario, cosa può essere offerto in cambio.



**Comunicazione
autentica**



**Saper
ascoltare**

DE-ESCALATION

- ✓ Rispetto dello spazio personale
- ✓ Non essere provocativi
- ✓ Stabilire un contatto
- ✓ Verbale Essere concisi
- ✓ Identificare bisogni e emozioni
- ✓ Ascoltare attentamente ciò che il paziente sta dicendo
- ✓ Esprimere accordo o disaccordo chiaramente con il paziente
- ✓ Stabilire le regole chiaramente
- ✓ Offrire scelte alternative e ottimismo
- ✓ Interventi di debriefing

Gestione del paziente con doppia diagnosi



aspetti clinici assistenziali



aspetti ambientali



interventi non farmacologici



trattamento farmacologico

INDICAZIONI REGIONALI PER LA RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NEI REPARTI DI PSICHIATRIA E DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA LOMBARDI

Documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale della Direzione Generale Welfare composto da:
Antonio Amatulli, Barbara Bazzoli, Stefania Borghetti, Antonella Costantino, Antonio Lora, Cesare Moro, Antonio Vita
Coordinatore: Franco Milani
Coordinatore Scientifico: Antonio Lora

Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings

NICE guideline

Published: 28 May 2015

[nice.org.uk/guidance/ng10](https://www.nice.org.uk/guidance/ng10)

Risk assessment made easy The Brøset Violence Checklist (BVC)

Roger Almvik, Dr. Philos

Research Director, RN, RMN

Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry
St. Olavs hospital, Forensic department Brøset, Trondheim
Norwegian University of Science & Technology, Faculty of Medicine



Responsabile Scientifico
Antonio Vito



Faculty
Eni Boni
Claudia Baruchelli
Candida Maria Olivera
Andrea Corica
Alessandro Galluzzi
Paola La Torre
Giuseppe Inglese
Sabine Moser
Ciro Pasillo
Claudia Palumbo
Alessandro Ruffini
Gianluca Rossi
Cesare Tassin
Paolo Valerichi
Antonio Vito



ECM
Evento n. 8275 - 10943
Medicina Chirurgica
(Medicina e Chirurgia di
Accettazione e di Urgenza,
Poliambulatori)
Infermiere
Crediti ECM assegnati: 9,1



Obiettivo:
Conoscere i percorsi assistenziali
(diagnostici e terapeutici)
specie di alcune patologie,
di riconoscere le specializzazioni e di
riconoscere i ruoli professionali,
in relazione alle malattie rare e la
medicina di genere

Partecipazione gratuita



Formazione ECM
OCC Formazione ed
Ingegneria Sp - 10128 Roma
Tel. 06/575016 - 06/575017
Fax 06/575018
t.giovani@occfornazione.com



Luogo
Spedizi Live di Brescia
Piazzale Spedali Civili, 1
Brescia

Per informazioni e iscrizioni

Eccellenza in APM

La gestione integrata
degli stati di agitazione

30 ottobre 2019

Spedali Civili di Brescia
Piazzale Spedali Civili, 1, Brescia

Grazie
per l'attenzione